FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 — N° 108

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE
BILATÉRAL COMPLEXE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le [illegible] juillet 1895

PAR

Jean-Henri PUJOS

Né à [illegible] (Haute-Garonne), le 21 mai 1869.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIÉCHAUD, professeur, président.
DEMONS, professeur,
POUSSON, agrégé, juges.
DENUCÉ, agrégé,

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie A ARNAUD
[illegible]
1895

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 108.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE
BILATÉRAL COMPLEXE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1895

PAR

Jean-Henri PUJOS

Né à Bruch (Lot-et-Garonne), le 24 mai 1869



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIÉCHAUD,	professeur,	*président.*
DEMONS,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	*juges.*
DENUCÉ,	agrégé,	*juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie A. ARNAUD
34, rue Sainte-Colombe, 34

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES............. Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE.................... } Professeurs honoraires.
AZAM.................... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	De NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	MM. PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS.
Clin. des mal. syphil. et cutan.	DUBREUILH.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.
Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Pathologie externe	DENUCE.
Accouchements	RIVIÈRE.
Chimie	DENIGÈS.
Zoologie	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR PIÉCHAUD

Professeur de Clinique chirurgicale des Enfants à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Membre-Correspondant de la Société de Chirurgie,
Officier d'Académie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE
BILATÉRAL COMPLEXE

INTRODUCTION

Le traitement du bec-de-lièvre complexe, d'une manière générale, comprend deux sortes d'interventions chirurgicales qui se font à des époques différentes. La première en date porte sur les parties molles (lèvre supérieure); la deuxième a pour but de remédier aux divisions de la voûte palatine et du voile du palais.

Dans le bec-de-lièvre bilatéral complexe, la première intervention chirurgicale intéressera non-seulement la lèvre supérieure, mais encore une portion osseuse, représentée par l'intermaxillaire.

L'intervention portant sur la voûte palatine et le voile du palais est une opération qui doit se faire à une époque plus ou moins éloignée de la première. Son manuel opératoire, aujourd'hui bien connu, n'a en somme aucun rapport avec l'intervention première. C'est la deuxième partie du traitement chirurgical du bec-de-lièvre double complexe sur laquelle nous n'insisterons pas dans le cours de ce travail.

Nous nous bornerons donc à l'étude de la première partie du traitement du bec-de-lièvre bilatéral complexe.

La restauration de la lèvre, dans l'affection qui nous occupe, a donné lieu à des procédés opératoires nombreux. Nous les passerons en revue. Notre intention est de décrire la résection sous-périostée de l'os intermaxillaire et de montrer les avantages de ce procédé.

Nous avons divisé notre travail en cinq chapitres.

Dans le premier chapitre, nous faisons la description anatomique et clinique du bec-de-lièvre bilatéral complexe. Nous exposons également, dans ce même chapitre, les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale.

Le deuxième chapitre est consacré à la description et à la critique des nombreux procédés imaginés pour la réduction du tubercule osseux.

Dans le troisième chapitre, nous faisons valoir les avantages de la résection sous-périostée de l'os intermaxillaire.

Dans le quatrième, nous nous occupons de la restauration de la lèvre.

Dans le cinquième, nous décrivons l'opération du bec-de-lièvre bilatéral complexe avec tous ses détails.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier M. le professeur Piéchaud de la bonté qu'il nous a témoignée durant tout le cours de nos études. C'est lui qui nous a inspiré l'idée de ce travail ; c'est à lui que nous devons les observations. Nous n'oublierons jamais l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que tous nos maîtres de la Faculté de Bordeaux veuillent agréer l'hommage de notre sincère reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie du bec-de-lièvre bilatéral complexe. Indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale

Si nous examinons un enfant atteint de bec-de-lièvre double complexe, nous voyons que la lèvre supérieure présente un massif médian limité par deux fentes verticales. Ce massif médian est constitué par deux parties : une partie cutanée ou lobule médian et une partie osseuse ou tubercule osseux.

Le lobule cutané, situé en avant, se continue directement en haut avec la sous-cloison. Il présente une forme plus ou moins arrondie. Latéralement il est en rapport avec les fissures que nous venons de signaler. Sa face postérieure repose sur le tubercule osseux auquel elle adhère dans des proportions très variables. Ce lobule médian a l'épaisseur de la lèvre ; il présente la même constitution anatomique. Il est recouvert sur sa face antérieure par la peau ; son bord inférieur et sa face postérieure sont revêtus par la muqueuse, à la façon de la lèvre normale.

Le tubercule osseux, situé immédiatement au-dessous, se continuant en arrière et en haut avec le vomer, forme une saillie volumineuse qui dépasse en avant le lobule cutané. Cette portion osseuse est recouverte d'une fibro-muqueuse, véritable gencive. On constate, sur son bord libre, l'existence fréquente mais non constante d'un nombre de dents variable.

L'os intermaxillaire présente de grandes variétés relativement

à sa direction, sa forme et son volume. Privé du soutien que lui fournit normalement en avant la lèvre supérieure, il subit une véritable projection et un changement de direction. Il est porté en avant par le vomer hypertrophié ; en même temps, il exécute un mouvement de bascule en vertu duquel sa partie inférieure devient antérieure ; il devient horizontal de vertical qu'il était.

Dans ce cas, il dépasse de beaucoup le rebord alvéolaire. Dans d'autres circonstances, l'inclinaison est telle que le bord libre est dirigé vers le haut et vient presque se mettre en rapport avec le dos du nez.

Le volume de cet os est également très variable. Quelquefois il atteint deux ou trois centimètres de largeur sur deux centimètres d'épaisseur ; dans certains cas ses dimensions sont insignifiantes; enfin, il peut être complètement absent.

Ordinairement l'os intermaxillaire est relié à la cloison par une partie rétrécie, par une sorte d'isthme, plus ou moins épais, plus ou moins long. Assez souvent, ce pédicule fait défaut et le tubercule est appendu directement au vomer.

Nous verrons dans les chapitres suivants quelles conséquences pratiques résultent de ces nombreuses variétés de dimensions, de forme et de direction.

Les fentes qui limitent latéralement l'os incisif se perdent en haut dans les narines tandis qu'en bas elles se continuent avec le bord libre de la lèvre. La fissure qui est située à gauche est ordinairement plus large que celle de droite.

En dehors des deux fentes latérales se trouvent à peu près normalement constituées les portions externes de la lèvre et du maxillaire supérieur.

Quand on fait ouvrir la bouche à l'enfant, on peut étudier la direction des fentes latérales. On s'aperçoit alors que cette double fissure intéresse non-seulement la lèvre mais aussi le rebord alvéolaire. Les deux fentes ont un trajet oblique de dehors en

dedans et d'avant en arrière jusqu'au niveau du conduit palatin antérieur. A partir de ce point, elles se fusionnent et la fissure unique, qui en résulte, suit la ligne médiane de la voûte palatine, du voile du palais et divise même quelquefois la luette.

Cette perforation, plus ou moins large, établit une communication directe entre la bouche et les fosses nasales. Elle permet d'apercevoir le bord inférieur du vomer. Cet os est hypertrophié. La muqueuse qui le recouvre est elle aussi beaucoup plus épaisse qu'à l'état normal.

Telle est la disposition ordinaire de la fissure. Dans certains cas, malheureusement exceptionnels, la malformation consiste en un simple sillon, creusé sur le rebord alvéolaire, de chaque côté de la ligne médiane. Quelquefois les deux fissures s'étendent jusqu'au conduit palatin antérieur sans empiéter sur la voûte palatine. Mais ces formes sont les plus rares. La complication la plus commune du bec-de-lièvre bilatéral est celle que nous avons décrite en premier lieu.

Cette difformité s'accompagne de changements notables dans la forme des autres éléments de la face. L'organe le plus affecté est le nez. Celui-ci est quelquefois démesurément allongé par suite d'une hypertrophie exagérée du vomer et de l'absence de la sous-cloison. La déformation la plus habituelle est l'écrasement du nez ; la cause principale de ce fait est l'adhérence des ailes du nez, surtout la gauche, au maxillaire supérieur. Chez quelques sujets, l'extrémité du nez est déviée soit à droite soit à gauche, par suite d'une déviation correspondante de la cloison.

Les altérations anatomiques que nous venons de passer en revue entraînent nécessairement des troubles fonctionnels graves. La succion, la déglutition et la phonation sont gênées sinon anéanties. L'enfant ne peut prendre le sein ; il n'avale qu'avec une grande difficulté ; il est donc voué au dépérissement. Le

langage des malheureux atteints de cette affection consiste en une série de sons incomplètements articulés. Ce phénomène ne nous étonnera pas si nous réfléchissons à l'importance du rôle que les lèvres et le voile du palais jouent dans la prononciation des mots. C'est à cette imperfection du langage qu'est dû probablement l'arrêt de développement intellectuel signalé par Geoffroy Saint-Hilaire chez les sujets porteurs de becs-de-lièvre.

La respiration est également compromise par les complications si nombreuses auxquelles donne lieu cette malformation. Nous nous contenterons de signaler le coryza et le muguet.

Tels sont les troubles jetés dans l'organisme de l'enfant par cette affection. Le moral ne tarde pas à subir le contre-coup de la maladie.

En grandissant, le malade s'aperçoit qu'il est un objet de curiosité pour son entourage et un sujet de désolation pour ses parents. Il devient colère, fuit ses camarades. A mesure qu'il avance en âge, il sent de plus en plus le poids de sa difformité. Les jeunes filles, chez lesquelles l'instinct de la coquetterie est plus développé que chez les garçons, souffrent plus difficilement cette difformité et ne tardent pas à réclamer les secours de la chirurgie.

Nous venons de passer en revue les conséquences du bec-de-lièvre bilatéral complexe : Situation morale des sujets, troubles des fonctions nutritives par suite de l'impossibilité ou de la difficulté de la succion, aptitude à contracter le coryza et le muguet, perte de l'exercice de la parole et de la plupart des mouvements expressifs de la face.

Toutes ces raisons légitiment l'intervention chirurgicale. Ajoutons que l'affection n'a pas de tendance à la guérison spontanée. Si Rennes, de Bergerac, a publié, en 1848, trois observations de becs-de-lièvre guéris pendant la vie intra-utérine, nous ne connaissons pas des cas de guérison après la naissance. Il serait

donc superflu de laisser à la nature le soin de corriger cette monstruosité. Le temps, au contraire, ne fait qu'augmenter la malformation. L'action de l'orbiculaire étant anéantie, celle des muscles antagonistes devient prépondérante; les lèvres se rétractent de plus en plus et finissent par s'atrophier complètement.

L'intervention est donc nécessaire. Mais un certain nombre de circonstances contre-indiquent ou doivent, tout au moins, faire différer l'intervention.

Lorsque la difformité est excessive, lorsqu'elle s'accompagne d'une atrophie complète des lèvres, de la disparition du lobule médian et d'une division exagérée de la voûte palatine et du voile du palais, il est inutile de faire courir à l'enfant les chances d'une opération qui aboutirait à un mauvais résultat. Il en est de même lorsqu'il existe, en même temps que le bec-de-lièvre, d'autres vices de conformation incompatibles avec la vie, tels que le spina bifida, l'hydrocéphalie.

Les maladies générales accidentelles (diphtérie, érysipèle), ou héréditaires (syphilis) ; les fièvres éruptives (scarlatine, variole, rougeole) ; les affections du tube digestif (muguet, dyspepsie, diarrhée) ; les affections du cuir chevelu et de la face (impétigo, eczéma) doivent faire retarder l'opération.

La principale contre-indication est fournie par les affections des voies respiratoires ; par exemple le coryza, les laryngites, la bronchite, la broncho-pneumonie, la coqueluche. Ces maladies provoquent la toux, l'éternuement et donnent ainsi lieu à la production de mouvements spasmodiques violents qui écartent les lèvres de la plaie et empêchent leur réunion. La plaie est, en outre, continuellement souillée par le passage des mucosités nasales et bronchiques.

Il faut tenir un grand compte des troubles nerveux et digestifs qui accompagnent la dentition. Enfin, d'une manière générale,

toute cause de débilitation des forces, indique de différer l'opération.

A quel âge doit-on intervenir ?

Cette question a soulevé des discussions qui ne sont pas encore terminées. Chaque chirurgien a son époque favorite pour l'opération. Witson opère de quatre mois et demi à cinq mois et publie une liste de cinq cas de becs-de-lièvre traités avec succès. Bœckel opère avant le troisième mois et sur 16 cas ne compte qu'un insuccès. Pourtant deux de ses opérations comprenaient l'excision du tubercule incisif. Hoffa prétend que l'époque la plus favorable pour l'intervention s'étend du deuxième au dixième mois. Diverses statistiques montrent que la mortalité est considérable chez les enfants opérés dans les premières semaines après la naissance. La mortalité atteint même la proportion de 50 p. 100, dans les cas de bec-de-lièvre bilatéral complexe avec saillie de l'os intermaxillaire. Mais la mort peut être attribuée à la fois à l'opération, à la difformité et aux maladies intercurrentes.

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion de toutes ces données, sinon qu'il ne faut pas intervenir avant le sixième mois. Encore sera-t-il toujours utile de consulter l'état général de l'enfant, d'examiner s'il n'existe aucune des contre-indications que nous avons mentionnées plus haut.

Il faudra se guider également sur l'état du lobule médian et de l'ensemble du lobule incisif. Il faut attendre que le lobule soit assez développé pour pouvoir servir à la restauration de la lèvre et assez résistant pour supporter les tiraillements exercés sur les sutures.

Il est une circonstance qui dispense le chirurgien de suivre les règles qui viennent d'être tracées; c'est lorsque la difformité menace la vie de l'enfant. Alors, il est permis de tout faire pour prévenir le dénouement fatal.

CHAPITRE II

Réduction de l'os intermaxillaire. Procédés divers.

La restauration de la lèvre est une opération relativement facile quand le tubercule osseux n'est ni déplacé ni saillant. Mais nous venons de dire, dans le chapitre précédent, que la saillie de l'os intermaxillaire est, pour ainsi dire, la règle dans le bec-de-lièvre bilatéral complexe. Dans ces conditions, le rapprochement des bords des fissures est impossible.

Il s'ensuit que la restauration de la lèvre doit être précédée d'une intervention sur le tubercule osseux ; c'est de cette première partie de l'opération que nous nous occuperons en ce moment.

Une foule de procédés ont été imaginés pour la réduction de l'os incisif. Nous trouverons la raison de cette multiplicité dans les nombreuses variétés de forme, de volume et de direction que présente cette portion osseuse. Une méthode qui convient à un cas ne peut pas s'appliquer à d'autres.

Nous signalerons les quatre principaux procédés en mentionnant, chemin faisant, les modifications et les perfectionnements dont ils ont été l'objet. Ces quatre procédés sont les suivants :

1° Procédé de Franco : excision du tubercule.

2° Procédé de Desault : réduction du tubercule par la compression.

3° Procédé de Gensoul : fracture du pédicule.

4° Procédé de Blandin : résection triangulaire du vomer.

Un des premiers chirurgiens qui aient essayé de résoudre le problème, c'est Franco. Celui-ci a proposé et exécuté la suppression du tubercule osseux.

Il excisait l'os intermaxillaire au niveau de son pédicule, à

l'aide de forts ciseaux. Quant au lobule médian, il le disséquait au préalable, s'il croyait pouvoir en tirer parti pour la restauration de la lèvre ; il le supprimait dans le cas contraire.

Ce procédé, si séduisant au premier abord, puisqu'il tranche radicalement la question, offre de sérieux inconvénients.

Signalons en première ligne l'hémorrhagie.

La quantité de sang perdue pendant l'opération est en général considérable. Dupuytren a vu périr un enfant des suites de l'intervention et Fréd. Courmont, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1875), fait remarquer la fréquence des hémorrhagies dans les observations relatives au procédé de Franco. Dans deux communications à la Société de chirurgie, l'une du 4 avril 1860, l'autre du 5 juin de la même année, sont relatés deux cas qui ont eu une issue fatale. La première de ces opérations, faite par Marjolin, s'est terminée par la mort trente heures après ; la deuxième, faite par Depaul, s'est terminée cinq jours après par la mort attribuée à l'hémorrhagie.

Cette excision du tubercule osseux prive la lèvre de point d'appui à sa face postérieure et l'on peut voir survenir ultérieurement une difformité tenant à cette cause. Nous pensons qu'il est utile de rapporter un exemple de cette fâcheuse conséquence :

« Un jeune homme de vingt ans, que Nélaton avait opéré à
» l'âge de dix-huit mois par ce procédé, vint réclamer une inter-
» vention à l'hôpital Trousseau pour une difformité consécutive très
» considérable. La lèvre supérieure formait un pont flottant tendu
» au-dessous du nez, sans soutien en arrière ; elle était sur un plan
» très reculé, tandis que la lèvre inférieure faisait une saillie
» comparable à un bec de lampe. Le nez avait pris une longueur
» et un développement extraordinaires ; sa proéminence paraissait
» plus exagérée encore à cause du recul de la lèvre supérieure.
» Une petite bande de peau, vestige des parties molles de
» l'ancien tubercule, pendait au-dessous du nez. L'ouverture

» énorme des fosses nasales, entre lesquelles la cloison, indépen-
» dante de la lèvre, était très largement apparente, complétait cette
» difformité d'un caractère aussi étrange que disgracieux, qui ne
» put être que fort incomplètement corrigée par la suture de la
» lèvre au lobule médian sous-nasal. Des difformités plus ou
» moins analogues ont dû être observées bien qu'il n'en soit
» guère question : de pareils résultats n'étant pas de nature à
» flatter l'amour-propre de ceux qui les ont obtenus ; et pourtant
» la faute n'est pas à l'opérateur, mais au procédé qui est défec-
» tueux. Le nez ayant perdu, même lorsqu'il est suturé avec la
» lèvre, toute attache avec les maxillaires, prend un développe-
» ment qui n'est plus en harmonie avec celui des parties voisines ;
» la dilatation des narines s'effectuant sans résistance, ces cavi-
» tés sont beaucoup plus vastes, et le nez offre une apparence
» hypertrophique. La lèvre supérieure, même bien réunie comme
» dans le cas précédent, manquant de soutien postérieur, forme un
» plan transversal ou concave au lieu de la surface convexe qui
» lui est naturelle ». (Lannelongue et Ménard : *Affections congénitales*. T. I, p. 305).

La disparition du tubercule osseux amène donc un prognathisme précoce. Les deux moitiés de l'arcade alvéolaire se rapprochent pour combler le vide qui les sépare, et, leurs diamètres diminuant de ce fait, elles se trouvent enclavées par le maxillaire inférieur. De là une difformité désignée par les auteurs sous les noms pittoresques de menton en galoche, en bec de lampe. De là aussi des troubles de la mastication.

Pour remédier à l'hémorrhagie, certains chirurgiens ont mis en pratique le procédé de l'écrasement linéaire du pédicule, à l'aide d'un fil métallique. De cette manière, ils évitent l'hémorrhagie, mais ils ne luttent pas contre la difformité et les troubles de la mastication qui résultent de la disparition de l'os intermaxillaire.

Dupuytren excisait seulement la partie antérieure du tubercule, laissant ainsi une grande partie de l'os qui était destiné à empêcher le refoulement de la lèvre, en arrière. Dans un cas, ce chirurgien eut l'idée ingénieuse d'utiliser la partie charnue pour en former une sous-cloison. Malheureusement cette manière de faire augmente encore les chances d'hémorrhagie. Un enfant opéré par Depaul mourut trois jours après d'une hémorrhagie à la surface de l'os sectionné.

On a fait encore un autre reproche au procédé de Franco. La suture de la lèvre, privée de soutien, cède souvent et le résultat plastique obtenu n'est pas des plus satisfaisants.

Frappé des résultats déplorables obtenus par la méthode sanglante, Desault voulut ramener en place l'os intermaxillaire par une compression progressive et continue. Il se servait d'une bande dont la partie moyenne était appliquée sur le tubercule et dont les deux chefs étaient noués derrière la tête. D'après ses observations, l'os incisif revenait à sa place dans un délai de quelques semaines. Bichat a écrit à ce sujet les lignes suivantes :

« Les os maxillaires, séparés l'un de l'autre et par là toujours » moins solidement fixés, cèdent sans peine à la force qui les » repousse en arrière. La portion saillante, souvent presque » isolée, oppose peu de résistance. Fondé sur ces considérations, » Desault essaya ce moyen, qui, depuis, lui a presque constam- » ment réussi. Une simple bande, passant sur les portions à » déprimer et retirée fortement en arrière, où on la fixait de » chaque côté, lui suffisait pour cette compression qu'il prolon- » geait plus ou moins selon la résistance des parties..... » Desault. *Œuvres chirurgicales*, t. II, page 183.

Il faut croire que ce chirurgien a eu une chance toute spéciale. Le simple raisonnement nous fait penser qu'avec une ossification avancée, qu'avec un tubercule volumineux, la réduction est impossible à obtenir. Ensuite quel supplice pour le petit malade

qui porte un bandage pendant plusieurs semaines ou peut-être pendant plusieurs mois !

Nous ne citerons que pour mémoire le procédé de Gensoul qui consiste à redresser brusquement, à refouler l'os incisif en fracturant le pédicule à l'aide d'une forte pince. C'est une tentative brutale et violente qui peut occasionner, suivant Bouisson, une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde et amener les conséquences les plus fâcheuses.

Nous arrivons maintenant au procédé de Blandin. Enlever une pièce triangulaire du vomer, en arrière du tubercule osseux, au moyen de deux incisions : une antérieure verticale, une postérieure oblique de bas en haut et d'arrière en avant, tel est le but de la méthode. On crée de cette façon un vide qui permet de refouler l'os incisif à sa place entre les deux autres portions du maxillaire supérieur. Blandin recommande que les deux incisions remontent jusqu'à un point très voisin du dos du nez.

Il faut reconnaître au procédé de Blandin un avantage, c'est la conservation de l'os incisif avec les dents qu'il peut supporter. Mais cet avantage est de médiocre importance auprès des inconvénients que nous allons signaler : hémorrhagie, mobilité du tubercule après sa réduction, tendance de cet os à revenir à sa place anormale, son obliquité en arrière, impossibilité de le réduire soit à cause de son volume soit à cause de l'épaisseur de la cloison.

La section d'une membrane vasculaire comme la pituitaire, la blessure d'une artère importante, l'artère de la cloison, exposent à un inconvénient très grave : l'hémorrhagie. Dans une communication qu'il fit en 1856 à la Société de Chirurgie, Richet déclara avoir pratiqué trois fois l'opération de Blandin et avoir vu l'hémorrhagie amener la mort de ses trois opérés. C'est pour remédier à ce danger qu'il eut l'idée d'enlever le fragment du vomer en l'écrasant au moyen d'une pince spéciale, de forme tri-

angulaire. La portion osseuse saisie entre les mors de cette pince-écraseur ne tarde pas à se mortifier et se détache sans peine.

Richet a ainsi perfectionné le procédé de Blandin. Pétiau, dans sa thèse de Paris (1875), s'est fait le défenseur de la méthode de Richet et il publie deux observations dans lesquelles l'élimination du segment mortifié eut lieu sans hémorrhagie. Nous lisons dans la première observation :

« On applique d'abord la pince-écraseur sur la cloison, en » arrière du tubercule, pour faire une perte de substance ; trois » jours après, la chute de la partie sphacélée est complète et le » quatrième jour au matin, on enlève la pince. Le tubercule » étant devenu mobile, on le renverse alors. *L'enfant n'a pas* » *perdu de sang* à la chute de la pince. »

Et dans la deuxième observation :

« Le tubercule tombe complètement au bout de six jours » *sans perte de sang.* »

Cette application de la pince ne dure pas moins de quatre à six jours, ainsi que le témoignent les lignes rapportées plus haut. La présence de l'instrument gêne l'alimentation et la respiration de l'enfant; elle nécessite une immobilité absolue de la tête. En outre la pression exercée sur le fragment que l'on veut mortifier doit être atrocement douloureuse.

La pince-écraseur nous semble cependant supérieure à l'emporte-pièce triangulaire de Guersant.

« Ce chirurgien embrassait la cloison du nez, en arrière des os » incisifs, entre les deux extrémités de cette pince, de telle sorte » que la base du triangle soit horizontale, parallèle à la partie » inférieure de la cloison et que le sommet intéresse très haut » son épaisseur. On enlève alors rapidement, dans un seul temps, » une portion triangulaire de l'os. Il prétendait ainsi avoir » moins d'hémorrhagie parce que la section des vaisseaux étant

» faite plutôt en hâchant qu'en coupant, ceux-ci ne restaient » pas béants. » Pétiau. *Thèse de Paris,* 1875.

Mais ce procédé ne s'étant pas généralisé, nous ne sommes pas renseigné par l'expérience à son sujet.

Un autre perfectionnement du procédé de Blandin est dû à Mirault. Le chirurgien d'Angers faisait une incision longitudinale au bord inférieur du vomer, en arrière de l'os incisif ; puis il décollait la muqueuse pituitaire de chaque côté de la cloison, la relevait et réséquait le segment triangulaire du vomer ainsi dénudé. Il évitait la blessure de l'artère de la cloison ; mais il n'empêchait pas l'hémorrhagie de se produire à la surface de section du vomer. De plus, cette résection sous-périostée, en arrière de l'os intermaxillaire, est d'une exécution encore plus difficile que la section simple de Blandin qui n'est pas déjà très commode. On a de fortes chances, étant donnée la difficulté de l'opération, de blesser la muqueuse ou l'artère au moment où l'on sectionne le vomer.

Quant au deuxième inconvénient du procédé de Blandin, la mobilité de l'os incisif entre les deux portions du maxillaire supérieur,elle est une conséquence de la disposition du pédicule. Nous savons en effet que, dans certain cas, l'isthme qui relie le tubercule au vomer est réduit à une minceur extrême. Pourtant c'est à lui seul, malgré son exiguïté, que l'os incisif doit sa solidité. Le tubercule peut donc être mobile, même lorsqu'il a été réduit.

Debrou a eu l'idée d'aviver les faces latérales de cet os et les bords correspondants des maxillaires pour favoriser l'union de ces parties; il a, de la sorte, obtenu d'heureux résultats. Mais il doit nécessairement y avoir des insuccès. L'enfant promène constamment sa langue sur les parties opérées ; les mouvements de succion et de mastication impriment à l'os intermaxillaire un va-

et-vient continuel qui empêche la formation des adhérences, dans la majorité des cas.

Pour rendre l'union entre le tubercule et les maxillaires à la fois plus sûre et plus rapide, Broca préconisa l'avivement comme Debrou le pratiquait ; mais il compléta l'opération par la suture des os avec des fils d'argent. Cet exemple a été imité par beaucoup de chirurgiens et est encore en honneur de nos jours.

« Lorsque le tubercule est de dimensions convenables pour être » introduit, à la manière d'un coin, entre les deux maxillaires, » il suffit d'aviver ses faces latérales, puis les faces correspon- » dantes du maxillaire, et de réunir les os affrontés avec un ou » deux fils d'argent traversant de chaque côté le maxillaire et le » tubercule. On peut encore rendre l'affrontement des muqueuses » plus parfait en ajoutant quelques sutures à la soie ou au crin de » Florence. » Lannelongue et Ménard. *Affections congénitales* T. I., page 309.

Néanmoins ce procédé ne donne pas toujours une solidité parfaite à l'os intermaxillaire. Dans le même ouvrage nous lisons en effet que sur quatorze cas de becs-de-lièvre bilatéraux, avec saillie de l'intermaxillaire, opérés depuis 1878 « un certain nom- » bre de fois le tubercule médian est resté mobile : nous ne » saurions en déterminer le nombre, plusieurs malades n'ayant » pas été suivis assez longtemps. » Même ouvrage, page 319.

Il peut enfin se faire que, par suite du volume exagéré de l'os incisif, la réduction ne puisse s'opérer. On a conseillé, dans les cas de ce genre, de rétrécir l'os en réséquant un fragment sur l'une de ses faces ou sur les deux. Quand le tubercule est trop petit, on le fixe à l'un des maxillaires seulement.

Ainsi sont évités la plupart des inconvénients du procédé de Blandin. Mais il en subsiste d'autres auxquels il serait difficile de remédier.

Lorsque l'os incisif est trop long, il détermine une saillie sur

le rebord alvéolaire, saillie qui est à la fois désagréable et gênante pour la mastication. Lorsqu'il est trop court, il donne lieu à la formation d'une échancrure non moins désagréable.

Le reproche le plus sérieux que l'on peut adresser à la section triangulaire du vomer, c'est la difficulté de l'opération. Le chirurgien est gêné par l'os intermaxillaire puisque c'est en arrière de cet os que doivent porter les incisions. Pour introduire les instruments nécessaires : ciseaux, détache-tendon, jusque sur la partie à opérer, il faut que la fissure palatine ait une largeur suffisante; or, ce cas ne se présente pas toujours.

En outre, pour réséquer exactement la portion de vomer nécessaire pour la réduction du tubercule, l'opérateur doit être d'une habileté supérieure. Si on ne pousse pas la section du vomer jusqu'au dos du nez, on ne peut pas rapprocher les deux surfaces de section qu'on vient de créer. Il faudra un grand effort pour briser la portion de vomer que l'on aura respectée. Cet accident arriva un jour à Broca.

Nous ne saurions terminer cette longue énumération des moyens employés pour réduire l'os intermaxillaire sans signaler l'idée de Bouisson. L'éminent chirurgien de Montpellier se contentait de faire une section verticale à la partie antérieure de la base du vomer et du fibro-cartilage de la cloison, de manière à diminuer la résistance du vomer et à permettre le refoulement du tubercule osseux. Le chevauchement des fragments ramène ce tubercule en arrière. Bouisson a obtenu de cette façon un succès.

Ce procédé n'est pas moins sujet que les autres à l'hémorrhagie. Dans le bec-de-lièvre bilatéral complexe, la cloison n'est plus, comme à l'état normal, constituée par une mince lamelle osseuse. Le vomer est hypertrophié et sa vascularisation est accrue. La muqueuse pituitaire est, elle aussi, plus épaisse et plus

vasculaire qu'à l'état normal. Le sang s'écoulera donc avec abondance à la fois de l'os et de la muqueuse.

Quelques chirurgiens ont essayé l'incision sous-périostée du vomer. Ils évitent ainsi de blesser les vaisseaux, mais il n'en existe pas moins une hémorrhagie à la surface de la section osseuse.

Enfin, comme l'épaisseur de la cloison est énorme, le chevauchement des fragments amène un déplacement et un changement de direction du fragment antérieur qui supporte le pédicule de l'os intermaxillaire. Celui-ci sera également déplacé et dévié.

Le procédé de Blandin, avec tous ses perfectionnements, ne corrige pas la difformité qui est si souvent liée au bec-de-lièvre; nous voulons parler de l'écrasement du nez. En repoussant le tubercule, on repousse en même temps la cloison à laquelle il est attaché et on exagère l'aplatissement du nez.

En résumé, tous les procédés qui viennent d'être décrits présentent de sérieux inconvénients : hémorrhagies, difformités consécutives, mobilité du tubercule après sa réduction, saillie de cet os sur le rebord alvéolaire, difficulté d'exécuter l'opération.

Nous allons étudier la résection sous-périostée de l'os intermaxillaire.

CHAPITRE III

De la résection sous-périostée de l'os intermaxillaire

M. le Professeur Piéchaud communiqua au Congrès de chirurgie de 1892 un nouveau procédé qu'il avait appliqué avec succès à un bec-de-lièvre double complexe, avec saillie considérable de l'os incisif. « J'ai pensé, dans ces derniers temps, dit-il, qu'il » convenait de rectifier le procédé en usage aujourd'hui et de » déplacer le siège de la résection sous-périostée en le portant » non plus sur la cloison mais sur le lobule incisif lui-même. » C'est là qu'est l'intérêt de ma communication. » (*Bulletin du Congrès de chirurgie*, avril 1892.)

La méthode de la résection sous-périostée de l'os intermaxillaire consiste en une petite incision transversale faite sur le bord muqueux inférieur de cet os. Cette incision doit empiéter légèrement sur les parties latérales. Quand il existe des dents, l'incision contourne leur insertion sur le tubercule. Ceci fait, on pratique le décollement de la fibro-muqueuse à l'aide d'un petit détache-tendon. Il faut avoir soin de pousser le décollement très haut, de manière à dénuder le tubercule osseux et son pédicule.

Il ne reste plus ensuite qu'à fracturer le pédicule, soit à l'aide des doigts, soit à l'aide des ciseaux. L'os étant enlevé, on pratique la suture de la plaie créée par l'incision transversale sur la fibromuqueuse.

Il est bien entendu que s'il existe des adhérences entre le lobule cutané et le tubercule osseux, ces adhérences sont détruites soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère, avant toute intervention sur l'os incisif.

La méthode de la résection sous-périostée de l'os intermaxil-

laire est tout-à-fait différente des autres procédés employés jusqu'à ce jour,

Elle se recommande par plusieurs avantages :

D'abord, la facilité de l'exécution. Pas de gêne pour le chirurgien de la part de l'os incisif puisqu'on opère sur cet os lui-même qui est au premier plan. On peut mettre en usage tous les instruments que l'on voudra; on n'est pas obligé d'avoir recours à des instruments spéciaux comme dans le procédé de Blandin. Dans ce dernier procédé, une grande difficulté consiste à réséquer exactement la portion de vomer nécessaire pour la réduction du tubercule. Blandin, lui-même, avouait cette difficulté.

Un autre avantage non moins appréciable du procédé de M. le professeur Piéchaud, c'est la suppression de l'hémorrhagie qui enlevait les opérés de Franco et de Blandin. M. Piéchaud fait une incision à la portion la moins vasculaire de la fibro-muqueuse, et, comme le témoignent les observations qui sont à la fin de ce travail, la quantité de sang qui s'écoule est insignifiante. Il s'ensuit que l'on pourrait opérer des enfants très jeunes par ce procédé ; on n'a pas à craindre de les voir succomber à l'hémorrhagie. De plus, l'absence d'hémorrhagie et par suite la propreté du champ opératoire rendent l'opération à la fois plus facile et plus rapide.

La résection sous-périostée de l'os incisif est passible de plusieurs objections.

Peut-on, avec la petite incision pratiquée sur la fibro-muqueuse, pousser le décollement du périoste assez loin pour réséquer un os aussi volumineux que l'intermaxillaire ?

M. le professeur Piéchaud a répondu lui-même à cette question. Il a judicieusement fait remarquer que l'hypertrophie n'intéresse pas le système osseux d'une façon aussi importante qu'on le croit généralement. En agrandissant tant soit peu cette incision, on peut, à son avis, aller aussi loin que l'on voudra. Chez

ses opérés, M. Piéchaud n'a pas réséqué une petite portion d'os, mais plus d'un centimètre.

M. Phocas (de Lille), partisan convaincu de la résection sous-périostée du vomer, adresse quelques reproches au procédé de M. le Professeur Piéchaud. Voici les termes de cette critique :

« Quand il s'agit d'un bec-de-lièvre double avec proéminence » du tubercule médian, c'est le tubercule qu'il s'agit de repousser » en arrière en lui faisant de la place par l'incision ou l'excision » d'une petite portion du vomer. L'incision du vomer est une » opération si simple quand on a décollé la muqueuse que je ne » comprends pas qu'on ait encore recours à la résection du tuber- » cule médian, comme M. Piéchaud l'a encore récemment préco- » nisée. Je ne conteste pas que la résection est susceptible de » donner de bons résultats immédiats. Mais c'est en général un » large sacrifice, peu compatible avec la chirurgie réparatrice mo- » derne ; il n'est pas étranger, au surplus, à quelques difformités » secondaires analogues à celle que M. Lannelongue a figurée » dans son livre ». (*Gazette des hôpitaux*, 18 août 1892).

Nous ferons remarquer que l'incision du vomer n'est pas une chose aussi facile que le prétend M. Phocas. Cette opération ne peut être pratiquée que par des chirurgiens très expérimentés.

Nous ne nous expliquons pas bien « le large sacrifice » dont parle M. Phocas. Nous ne devons pas oublier que l'os incisif est un os très souvent altéré, que très souvent il ne supporte pas de dents. En outre ces dents, quand elles existent, sont en général irrégulièrement implantées et par conséquent plutôt nuisibles qu'utiles.

Rappelons-nous enfin les désagréments qui résultent de la présence de cet os. C'est à lui qu'est due cette saillie si fréquente sur le bord inférieur de l'arcade dentaire, saillie gênante pour la mastication, disgracieuse, et qui a la fâcheuse tendance d'augmenter tous les jours.

Songeons à la difficulté qu'entraîne souvent la réduction de cet os, à la nécessité de retrancher une portion osseuse sur l'une de ses faces ou sur les deux, à l'obligation de faire des sutures osseuses et à l'interminable durée de l'opération.

Quant aux difformités ultérieures analogues à celles que M. Lannelongue a figurées dans son livre, nous en avons parlé nous-même au début de ce travail. Elles sont la conséquence du procédé de Franco, mais ne doivent pas se présenter dans le procédé de M. le Professeur Piéchaud. Dans le premier cas, la suppression radicale du tubercule osseux et de la fibro-muqueuse qui le recouvre, enlève le soutien naturel de la lèvre à sa partie postérieure; l'enfant, en exécutant ses mouvements de succion, fait le vide dans la bouche et provoque le refoulement de la partie moyenne de la lèvre entre les deux portions du maxillaire supérieur, à la place que devrait occuper le tubercule osseux.

La résection sous-périostée de l'os intermaxillaire est complètement différente de la suppression pure et simple de cet os avec les parties qui le recouvrent. M. le Professeur Piéchaud laisse à la place du tubercule osseux une fibro-muqueuse épaisse et résistante qui prendra avec le temps une consistance osseuse. Le périoste n'a-t-il pas en effet la propriété de régénérer l'os?

Immédiatement après l'opération, le travail d'ossification commence; il est activé par la pression continuelle de la lèvre jouant le rôle de cause irritante.

Nous voyons, dans les observations, que six semaines après l'opération, il existe entre les deux parties du maxillaire supérieur une partie dure qui témoigne de ce travail d'ossification.

M. le Professeur Piéchaud a eu l'occasion de revoir l'enfant, qui fait l'objet de la première observation, deux ans après l'opération. Il a constaté l'existence d'un cal très résistant occupant la place du tubercule. Les résultats éloignés sont donc aussi satisfaisants que possible.

D'ailleurs sur quelles observations se fonde M. Phocas pour affirmer l'existence des difformités ultérieures ? Nous n'avons pas connaissance de cas de ce genre.

Par ses deux grands avantages, la facilité d'exécution et l'absence d'hémorrhagie, la résection sous-périostée de l'os incisif nous semble supérieure aux divers moyens énumérés dans le chapitre précédent.

Nous pensons qu'elle peut rendre de grands services dans les cas où la saillie de l'os intermaxillaire est considérable. Elle sera très utile, également, dans les cas où le volume exagéré de l'os empêchera son refoulement entre les deux portions du maxillaire supérieur. Il en est de même quand l'os incisif, à cause de son exiguïté, doit rester mobile après sa réduction. Les sutures osseuses employées pour remédier à cet inconvénient nous paraissent compliquer singulièrement l'opération et ne donnent pas toujours des résultats favorables.

Il arrive souvent aussi que l'excès de longueur de l'os détermine une saillie sur le rebord alvéolaire et nous avons vu les conséquences qui en résultent au point de vue esthétique et fonctionnel. Quand l'os est trop court, il laisse une échancrure qui est, elle aussi, très désagréable.

Dans tous les cas, nous conseillons de recourir à la résection sous-périostée de l'os incisif.

CHAPITRE IV

De la restauration de la lèvre

On a longuement discuté pour savoir s'il fallait pratiquer dans la même séance la réduction du tubercule et la restauration de la lèvre. Dupuytren était d'avis de séparer les deux temps de l'opération par un laps de temps variable suivant l'état de l'enfant. Aujourd'hui, l'accord existe à ce sujet parmi les chirurgiens, et il est d'usage d'exécuter les deux temps de l'opération dans une même séance.

La saillie de l'os intermaxillaire étant corrigée, on se comporte vis-à-vis de la lèvre comme si l'on avait affaire à un bec-de-lièvre double-simple.

Le manuel opératoire du bec-de-lièvre double-simple comprend l'avivement des bords des fissures, la coaptation de ces bords et le maintien de la coaptation.

L'avivement consiste dans la destruction de la couche limitante et peut se pratiquer de différentes manières. Autrefois, on opérait cette destruction à l'aide de caustiques : nitrate d'argent, chlorure de zinc, etc., etc. Chopart recouvrait les bords de la fissure d'un emplâtre vésicat. Albucasis se servait du cautère. Actuellement, on a recours au bistouri ou aux ciseaux. Le bistouri doit être droit, pointu et tranchant sur ses deux bords. En fait de ciseaux, on donne la préférence aux ciseaux courbes.

L'avivement doit être superficiel, de manière à ne pas sacrifier une trop grande portion de la lèvre. Mais le chirurgien ne peut pas toujours se conformer à ce principe, tant les cas sont variés et complexes. Les deux bords de chaque fissure ne peuvent, quelquefois, être affrontés. Quels sont les obstacles qui s'opposent à ce rapprochement ?

La complication la plus commune, c'est l'adhérence de la lèvre à la gencive dans une étendue variable. Dans quelques circonstances, heureusement très rares, la peau de la lèvre se continue directement avec la muqueuse palatine.

Une autre complication également très fréquente, c'est l'adhérence des ailes du nez, surtout de la gauche, au maxillaire supérieur.

Il est nécessaire, par conséquent, de libérer ces différentes parties avant de pratiquer l'avivement. Comment détruire ces adhérences ? A ce sujet, les chirurgiens se divisent en deux camps : les partisans du bistouri et les partisans du thermo-cautère.

« Je ne suis pas d'avis d'opérer le décollement des deux lèvres » de la division avec le thermo-cautère à cause des eschares qui » en sont la conséquence et de la suppuration que provoque leur » élimination. » Tillaux, *Traité de chirurgie clinique.* T. I, page 326.

Tels sont les inconvénients du thermo-cautère. Au bistouri, on reproche les hémorrhagies qu'il provoque.

Notre inexpérience ne nous permet pas de trancher la question. Il nous semble cependant que le thermo-cautère est préférable. Nous baserons notre opinion sur les considérations suivantes, c'est que le sang de l'opéré doit être ménagé le plus possible et que l'antisepsie nous permet presque toujours d'éviter la suppuration reprochée au thermo-cautère.

Les adhérences détruites, les bords de la fissure pourront être rapprochés. Avant de pratiquer l'avivement, le chirurgien doit toujours essayer de rapprocher les bords ; il doit se rendre un compte exact des obstacles qui s'opposent à leur affrontement. Son expérience et son coup d'œil lui dicteront la conduite qu'il doit tenir suivant les cas, car ces cas sont très divers.

Lorsque le lobule médian a des dimensions convenables, que les fissures ne sont pas très larges et que les deux portions

externes de la lèvre supérieure ont leur hauteur normale, on peut se comporter de la manière suivante :

On avive superficiellement tout le pourtour du lobule; puis on fait un double Mirault. Sur le bord externe de chaque fissure, on taille, par transfixion, un lambeau à base inférieure adhérente au rebord labial. On obtient ainsi deux lambeaux qui sont rabattus de telle façon que leur surface cruentée s'applique sur la surface cruentée du lobule. Les extrémités des lambeaux sont réunies sur la ligne médiane. Le lobule se trouve ainsi encadré.

Il arrive souvent que le lobule est étroit, mince et moins haut que le reste de la lèvre. Dans ce cas, l'étoffe manquerait si on voulait appliquer le procédé de Mirault. On taille alors, comme précédemment, sur le bord externe de chaque fissure, un lambeau adhérent par sa base, inférieurement, au rebord labial. Le lobule abrasé, sur tout son pourtour, est réuni à la partie supérieure seulement des avivements externes. Les deux lambeaux étant rabattus sont suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane, suivant le procédé de Clémot-Malgaigne. La ligne d'affrontement a la forme d'un Y. On crée, sur la ligne médiane, une espèce de petite trompe qui disparaît par la rétraction de la cicatrice. De cette façon, on évite l'encoche qui ne manquerait pas de se produire sur la ligne médiane.

Dans certaines circonstances, le lobule médian est tout à fait petit. Ici se présente l'occasion d'appliquer l'idée de Dupuytren. Après avoir soigneusement disséqué le lobule, on l'utilise pour la restauration de la sous-cloison, qui est, en général, d'une brièveté excessive. Il vaut mieux utiliser de cette manière le lobule que de le réséquer simplement, comme l'ont conseillé quelques chirurgiens.

Une recommandation importante, c'est de fixer autant que

possible le lobule à la lèvre restaurée. Sinon, on s'exposerait à voir survenir un allongement démesuré du nez.

Quand le lobule n'existe pas, il s'agit de combler la fissure médiane. Le chirurgien a à sa disposition une foule de procédés et artifices chirurgicaux.

En première ligne, nous citerons le procédé Clémot-Malgaigne. Il a pour but de tailler deux lambeaux à base inférieure que l'on rabat et applique l'un sur l'autre.

Le procédé de Giraldès peut rendre des services dans le cas d'insuffisance de la lèvre dans le sens vertical. Voici ce procédé : Sur un bord de la fissure, le bord droit par exemple, on taille un lambeau qui reste adhérent en haut ; sur le bord gauche, on taille un lambeau qui reste adhérent en bas. On pratique une incision transversale sous-nasale qui part de la narine gauche et se prolonge en dehors de l'aile du nez. Dans cette incision, on introduit et on fixe le lambeau de droite, tandis que le lambeau de gauche est rabattu et borde la lèvre inférieurement. La ligne d'affrontement a la forme d'un Z.

Enfin, supposons un cas dans lequel non-seulement le lobule est atrophié, mais aussi les deux portions externes de la lèvre supérieure. On doit faire alors de la cheiloplastie. Sédillot nous a légué un procédé célèbre.

« Nous remédions à l'atrophie et à l'insuffisance de la lèvre » par un emprunt fait aux joues, comme dans beaucoup d'autres » opérations autoplastiques. Une incision oblique, commencée » en dehors et prolongée à deux ou trois centimètres au-dessus de » l'aile du nez, est continuée en bas dans la direction du bord » libre de la lèvre dont elle rejoint la surface avivée. Le tuber- » cule médian, taillé en V allongé à pointe inférieure, sert en » partie à former la cloison sous-nasale et en partie à reconstituer » la lèvre..... La joue détachée en dehors de ses adhérences avec » l'os maxillaire, dans une étendue assez grande pour en per-

» mettre l'abaissement, est réunie de chaque côté par des sutures,
» avec les bords opposés de l'incision et du tubercule médian.

» Le contour nasal est ainsi rétabli et la lèvre se trouve » augmentée en hauteur et en longeur. On réunit alors, sur une » ligne médiane, la totalité des surfaces avivées du bec-de-lièvre » et on obtient une lèvre épaisse, bien formée et d'une hauteur » convenable. » (Acad. des sc. du 28 octobre 1861.)

Sédillot prend le lambeau au moyen de deux incisions descendantes.

On peut aussi obtenir un bon lambeau en sectionnant transversalement la commissure et en faisant une incision parallèle à partir de la racine du nez. On taille aux dépens de la joue un lambeau rectangulaire adhérent par son côté externe et qui, entraîné en dedans, viendra rencontrer sur la ligne médiane celui du côté opposé.

On voit combien sont variés les cas en face desquels peut se trouver le chirurgien. Ce dernier choisira dans la foule des procédés celui qui conviendra le mieux à la situation.

Il ne suffit pas de rapprocher des surfaces cruentées; il faut encore les maintenir en rapport.

Pour maintenir l'affrontement on a employé des moyens de toute sorte. Nous n'insisterons pas sur les emplâtres, bandages et agglutinatifs. Ils ne donnent que des résultats très mauvais. Ne réunissant que la peau, ils n'agissent pas sur les parties profondes. Le moindre tiraillement peut compromettre les adhérences.

De nos jours, les chirurgiens emploient la suture. Il existe deux espèces de sutures : la suture entortillée et la suture à points séparés.

La suture entortillée est constituée par des tiges métalliques qui traversent les tissus à une certaine profondeur. Ces tiges servent de point d'appui à des fils qui rapprochent et maintiennent les bords de la plaie dans toute son épaisseur.

Ce mode de suture est à peu près complètement abandonné et avec juste raison. Il a l'inconvénient de couper et d'ulcérer les tissus traversés par l'aiguille. Les parties comprises entre le fil et la tige métallique sont comprimées et sujettes à se sphacéler.

La suture à points séparés est celle qui est en honneur actuellement. Mirault, dans une communication à la Société de chirurgie en 1856, fit valoir les avantages de ce mode de suture. Avec la suture à points séparés, on n'a pas à redouter l'étranglement, l'ulcération des tissus.

On emploie du crin de Florence pour les sutures superficielles et des fils d'argent pour les sutures profondes.

Pour passer les fils, on peut se servir de l'aiguille de Reverdin ; mais les aiguilles courbes fines sont d'un maniement plus facile.

Il importe de suivre certaines règles dans l'exécution de la suture ; sinon, on peut voir survenir dans les heures qui suivent l'opération une hémorrhagie, au niveau du bord postérieur de la plaie. Rappelons-nous la situation de l'artère coronaire. Cette artère est située en arrière du muscle orbiculaire, tout près de la muqueuse. Il est nécessaire de comprendre dans la suture les deux bouts de ce vaisseau ; sinon, il reste béant. Cette béance est encore augmentée par les mouvements de succion de l'enfant. Ces quelques considérations nous expliquent le mécanisme de l'hémorrhagie. Le fil doit donc être introduit très profondément. Pénétrant obliquement dans la lèvre, il doit sortir juste immédiatement au-dessous de la muqueuse; de l'autre côté de la fissure il doit suivre un trajet inverse.

Le nombre des points de suture est variable suivant les cas. Il faut avoir soin de prolonger la suture en arrière sur la muqueuse de manière à rendre l'affrontement plus parfait.

En guise de pansement, on applique sur la partie opérée une lamelle de gaze iodoformée que l'on fixe en la badigeonnant avec du collodion. Il est inutile d'appliquer un bandage.

Pendant quelques jours après l'opération, l'enfant est tenu en repos, nourri à la cuiller et avec du lait.

Les sutures sont enlevées quand on juge la cicatrisation parfaite.

Dans la suite, l'action lente et continue de la pression labiale tend à faire disparaître la fissure du palais et du voile du palais. On a songé à aider cette action de la lèvre au moyen d'appareils. Un des plus renommés est celui de Blandin. Nous ne nous occuperons pas plus longtemps de cet appareil. Nous dirons que, d'une manière générale, les appareils ne produisent pas de grandes améliorations.

Plus tard, pour achever de fermer la communication entre la bouche et les fosses nasales, le chirurgien sera autorisé à pratiquer l'uranoplastie et la staphylorrhaphie. Mais nous abordons une question que nous n'avons pas l'intention de traiter.

Nous allons passer à la description de l'opération du bec-de-lièvre bilatéral complexe et nous insisterons sur certains détails qui n'ont pas été traités dans les chapitres précédents.

CHAPITRE V

Description de l'opération du bec-de-lièvre double complexe.

Précautions préliminaires. — On fait un lavage sérieux de la région sur laquelle on doit intervenir. On use à cet effet de la brosse, de savon et d'eau boriquée. Le champ opératoire étant ainsi aseptisé, on administre le chloroforme à l'enfant.

Tous les chirurgiens ne sont pas partisans de l'anesthésie. Quelques-uns, entr'autres Suarez de Mendoza (d'Angers), proscrivent le sommeil chloroformique. Ils se contentent d'emmailloter l'enfant dans un drap plié en plusieurs doubles et assujetti par des tours de bande. Un aide est chargé de maintenir la tête.

A notre avis, ce procédé est un peu brutal.

Pourquoi faire supporter à l'enfant des douleurs atroces pendant une heure et quelquefois pendant plus longtemps ? Ensuite, quelles que soient l'habileté et la force de l'aide qui tient la tête du malade, celui-ci arrivera toujours à accomplir des mouvements qui apportent une grande gêne à l'opérateur.

Quelles sont les raisons qui contre-indiquent l'administration du chloroforme ? Le jeune âge de l'enfant ? M. le professeur Piéchaud endort journellement des sujets qui n'ont que quelques semaines d'existence et jamais il n'a eu à déplorer d'accident.

La courte durée de l'opération ? Le bec-de-lièvre bilatéral, compliqué de la saillie de l'os intermaxillaire, exige toujours une opération assez longue.

Nous sommes d'avis d'administrer le chloroforme, en nous entourant des précautions usitées en pareil cas.

Il est inutile de dire que l'enfant doit être à jeun depuis la

veille. Il sera souvent prudent de lui administrer, la veille, une légère purgation.

L'enfant endormi, quelle position donnerons-nous à la tête? La position qui favorisera le plus l'opérateur. Une excellente position est le décubitus dorsal. De cette manière, l'enfant est étendu sur le dos, le visage en l'air. Quelques chirurgiens ont adopté la position de Rose. Elle consiste à placer l'enfant de telle façon que la tête pende en dehors de la table d'opération. Dans cette situation, l'orifice buccal est sur un plan inférieur à la gorge. Le sang n'a pas de tendance à s'écouler vers le pharynx. Cette position, qui est très favorable pour l'uranoplastie et la staphylorrhaphie, est indispensable dans tous les cas où l'on craint la pénétration d'une grande quantité de sang dans le pharynx de l'opéré. Mais avec le procédé de M. le Professeur Piéchaud, cet accident n'est pas à redouter, la quantité de sang perdue étant insignifiante.

Nous placerons donc l'enfant dans le décubitus dorsal, la tête appuyée sur un coussin, le visage en l'air.

Les instruments nécessaires pour pratiquer l'opération sont : un bistouri droit et pointu ; une pince à griffe ; un petit détache-tendon ; une paire de ciseaux courbes ; des crins de Florence et de cheval ; des aiguilles à sutures ; un porte-aiguille. Tous ces instruments seront soigneusement désinfectés, au préalable, par un séjour de plusieurs heures dans l'étuve à vapeur. Ils seront placés dans un bain phéniqué quelques instants avant l'opération.

Le chirurgien doit avoir également sous la main un thermocautère, soit pour arrêter une hémorrhagie, soit pour libérer certaines parties.

Ces préparatifs terminés, le chirurgien procède à l'opération.

Lorsque le lobule incisif ne fait pas saillie en avant, l'opération ne comprend qu'un seul temps, la restauration de la lèvre.

Nous avons vu qu'on pouvait souvent employer avec succès le procédé de Mirault.

Lorsqu'il existe une saillie de l'os intermaxillaire, l'opération se divise en deux temps :

Premier temps. — Le premier temps consiste dans la réduction du tubercule osseux. Après avoir détruit les adhérences qui réunissent le lobule cutané à l'os incisif, on fait la résection sous-périostée de l'os intermaxillaire.

Deuxième temps. — Le deuxième temps comprend la restauration de la lèvre que l'on exécute suivant les règles énoncées dans le chapitre précédent. On emploiera, autant que possible, le procédé de Mirault. On taille sur chacune des portions externes de la lèvre supérieure, un lambeau adhérent inférieurement par sa base au rebord labial. On avive tout le pourtour du lobule médian et on rabat les deux lambeaux sur la surface cruentée du lobule.

Pendant toute la durée de l'avivement, un aide comprime avec ses doigts la lèvre supérieure, de façon à éviter l'hémorrhagie. Les parties ainsi rapprochées sont suturées avec du crin de Florence. Ces sutures seront faites, non-seulement sur la partie cutanée, mais aussi sur la partie muqueuse de la lèvre, de manière que le contact soit parfait. Les fils sont enfoncés très profondément, jusqu'à un point très voisin de la muqueuse. De cette façon, on comprend dans la suture les deux bouts de l'artère coronaire.

Le pansement est des plus simples. Un carré de gaze iodoformée est appliqué sur la plaie et maintenu en place par un badigeonnage au collodion.

Soins consécutifs. — L'enfant est tenu au repos et surveillé de près par une garde ou par sa mère. On éloigne avec le plus grand soin toutes les occasions qui pourraient le faire rire ou pleurer.

On lui défend de parler et de remuer la tête. S'il est à un âge raisonnable, on lui recommande de ne pas promener sa langue sur le pansement.

Le régime est l'objet d'une attention toute particulière. Les aliments doivent être liquides; le régime lacté est excellent en pareil cas.

Au bout d'un temps variable, on enlève les points de suture. Le moment propice pour cette opération est du cinquième au dixième jour. Une bonne précaution consiste à n'enlever que la moitié des sutures. Si on juge la cicatrisation assez avancée, on enlève l'autre moitié. Si l'on a des doutes sur la plaie, on applique un second pansement analogue au premier et on attend quelques jours de plus.

L'enfant est surveillé encore pendant quelques jours. On lui impose le repos et le régime indiqués plus haut, jusqu'à ce que la cicatrisation soit parfaite.

Tels sont les soins à prendre pour une opération de bec-de-lièvre double complexe.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Extraite du Bulletin du Congrès français de chirurgie de* 1892. *Communication de M. le docteur Piéchaud sur un bec-de-lièvre complexe double avec saillie considérable de l'os incisif. Résection sous-périostée de cet os.* (Avril 1892).

«... Il y a dix-huit mois, on me présentait un enfant âgé de dix mois, superbe, vigoureux, mais chez lequel les premières dents n'avaient pas encore évolué. Il était atteint d'un bec-de-lièvre complexe avec saillie de l'os incisif; le nez était projeté en haut et en avant; en arrière du lobule dévié dans d'horribles proportions, on voyait la cloison des fosses nasales épaisse, dure et résistante. Je pensai qu'il valait mieux supprimer la saillie, mais en conservant le périoste pour laisser à ce dernier toute faculté de régénérer l'os, de créer une sorte de cal entre les deux maxillaires et s'opposer ainsi à leur rapprochement dont le résultat immédiat devait être de réduire l'arc formé par l'arcade dentaire supérieure. On pouvait m'objecter que je détruisais les incisives, mais il suffit de remarquer quelle est en général la structure défectueuse du lobule incisif déplacé et des dents qu'il supporte pour ne pas accepter cette objection qui paraît désormais sans valeur.....

» Voici de quelle manière je conduisis l'opération.

» Sur le bord muqueux inférieur de l'os dépourvu de dents, je fais une petite incision transversale et avec un petit détache-tendon je refoule aussi loin que possible la muqueuse doublée du périoste. A mesure que la dénudation avance, je suis frappé de voir l'os, qui paraissait naguère si volumineux, aussi petit, aussi délicat, et j'arrive ainsi sur un pédicule étroit que je fracture avec un léger effort de mes doigts. La plaie était petite et l'os était passé à travers elle pour ainsi dire par pression. Aussitôt réduite dans ses proportions après la réduction du petit os, cette plaie, qui n'avait pas donné de sang,

devenait insignifiante, et, réunie par deux points du suture, ne pouvait constituer aucun danger, surtout quand elle était située dans la partie la moins vasculaire de la région où l'on pouvait la pratiquer.

» Je terminai en avivant les bords de la partie cutanée du lobule incisif et vins sur les deux surfaces cruentées suturer les deux lambeaux pris de chaque côté sur les bords de la fissure latérale. Par leur accolement, ces deux lambeaux restituaient la hauteur de la lèvre supérieure en reproduisant la saillie médiane qui résulte d'un développement irréprochable.

» Sur la figure, on peut voir de quelle manière la physionomie du sujet a changé après l'opération et à part quelques traces de cicatrisation sur la lèvre, l'harmonie du visage est rétablie, et, n'étaient ces traces, on ne saurait à quelle difformité nous avions affaire.

» J'espérais aussi une reproduction de l'os par le périoste et je pensais que la pression de la lèvre elle aussi réunie, suffirait pour maintenir dans de justes proportions ce travail de réparation. Nos espérances ont paru, après peu de temps, se réaliser, car j'ai pu suivre les progrès de la réparation et voir entre les deux fissures maxillaires rendues presque insignifiantes, une partie déjà résistante qui m'avertissait d'un travail important d'ossification. ».

Cet enfant a été revu par M. Piéchaud deux ans après l'opération. Le cal formé par le périoste est très solide et il n'existe plus de solution de continuité de l'arcade dentaire supérieure.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le professeur Piéchaud.

X....., âgé de six ans, entre à l'hôpital des enfants, dans le service de M. le professeur Piéchaud. Il est atteint de bec-de-lièvre bilatéral complexe avec saillie de l'os incisif. Le nez est proéminent. La photographie ci-jointe (enfant avant l'opération) donne une idée suffisante de l'état des parties.

Cet enfant, à part sa déformation, jouit d'une santé excellente. Il est intelligent. — Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Le 12 juin 1895, opération.

Asepsie de la région et chloroformisation. Position : décubitus dorsal, tête appuyée sur un coussin.

1er temps de l'opération : incision de la fibro-muqueuse suivant une ligne courbe à concavité postérieure. L'hémorrhagie qui résulte de cette incision est de suite arrêtée par une compression modérée.

Décollement du périoste avec un petit détache-tendon mousse. Ce décollement présente quelques difficultés à la partie tout-à-fait antérieure du bourgeon incisif. A ce niveau sont implantées trois dents mal venues et irrégulièrement distribuées. D'où nécessité de contourner l'insertion des dents. L'os intermaxillaire est complètement dénudé; il est relié à la cloison par un mince pédicule qui est sectionné avec des ciseaux courbes.

L'os enlevé présentait une forme légèrement arrondie. Ses dimensions étaient : un centimètre et demi de longueur, un centimètre de largeur.

On suture au crin de Florence les deux lèvres de l'incision. Il est facile à ce moment de repousser en arrière, sans violence, le lobule cutané. Ce lobule cutané, bien développé, n'était adhérent à la fibro-muqueuse que dans sa partie tout-à-fait supérieure.

2e temps de l'opération : avivement des rebords des lèvres et terminaison de l'opération par un double Mirault.

Suture au crin de Florence de la partie cutanée et au crin de cheval de la muqueuse.

Pansement avec gaze iodoformée et collodion. Repos absolu au lit. Défense de parler. Régime lacté.

L'enfant est très docile; les suites de l'opération sont aussi satisfaisantes que possible. — Pas de fièvre.

Dix jours après, on enlève le pansement et les points de suture. On constate que la portion restante du tubercule osseux est absolument au même niveau que les bords tronqués du maxillaire.

Trois semaines après, on n'aperçoit plus que les cicatrices résultant de l'affrontement.

Consulter la gravure ci-jointe (après l'opération).

L'enfant quitte l'hôpital le 10 juillet.

CONCLUSIONS

Le bec-de-lièvre bilatéral complexe est une malformation qui ne peut être guérie que par une intervention chirurgicale.

Avant d'agir, le chirurgien aura soin de consulter l'état général de l'enfant. L'opération sera retardée s'il existe quelque maladie intercurrente : muguet, coryza, bronchite, impétigo, eczéma. Il faudra tenir compte également de l'âge de l'enfant et du développement du lobule incisif.

L'opération doit être faite pendant le sommeil chloroformique.

La conduite à tenir sera différente suivant que l'on aura affaire à un bec-de-lièvre, compliqué de la saillie de l'os intermaxillaire, ou à un bec-de-lièvre sans déplacement de cet os.

Dans le premier cas, la restauration de la lèvre sera précédée d'une intervention sur le tubercule osseux. Il faut se débarrasser de cet os. De quelle façon ?

Nous conseillons la résection sous-périostée de l'os intermaxillaire. La résection sous-périostée est indiquée toutes les fois que l'os est trop volumineux pour être refoulé en arrière. On comprend, en effet, qu'à cause de son volume, le tubercule ne puisse être réintégré entre les bords des maxillaires supérieurs.

Pour la restauration de la lèvre, le procédé qui semble offrir les plus d'avantages est le procédé de Mirault.

Quand le bec-de-lièvre double complexe ne s'acompagne pas de saillie de l'os intermaxillaire, l'opération est bornée à la restauration de la lèvre. Pour cette restauration, le meilleur procédé est, comme dans le cas précédent, le procédé de Mirault.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la Thèse :
PIÉCHAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1895,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BLANDIN, *Traité d'anatomie topographique*, 1826.

— Cas de bec-de-lièvre compliqué de saillie de l'os intermaxillaire. *In Journal de Chirurgie*, 1843.

BOUISSON, *Dict. encyclopéd. des sc. médic.*, art. Bec-de-lièvre.

DEMARQUAY, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. Bec-de-lièvre.

DENISE, Traitement du bec-de-lièvre simple et compliqué, *Th. de Paris 83-84.*

DESAULT, *Œuvres chirurgicales*, tom. I et II.

DUPLAY ET RECLUS, *Traité de chirurgie*, tom. V, chap. Bec-de-lièvre.

FORGUES, A quel âge faut-il opérer le bec-de-lièvre ? (*Gaz. hebdomad.*, Montpellier, 27 juin 1891).

FRANCO, *Traité des hernies, Cure de la Dent de Lièvre.*

GIRALDÈS, *Leçons sur les maladies chirurgicales des Enfants*, 1868.

HOFFA, *De la mortalité dans les opérations de becs-de-lièvre et de fentes palatines. Archiv. f. Klin.* Chir. Bd. XXXI, p. 548.

LANNELONGUE ET MÉNARD, *Affections Congénitales*, tome I.

LOUIS, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, in-4°.

MALGAIGNE, *Journal de Chirurgie.*

MIRAULT (d'Angers), Sur la suture entrecoupée substituée à la suture entortillée. *In Bulletin de thérap.*, t. LII, 1857.

A. PARÉ, *Œuvres complètes*, éd. Malg., Paris 1840, t. II.

PÉRIAT, Recherches historiques sur l'opération du bec-de-lièvre, *Th. Paris 1857.*

PÉTIAU, Contribution à l'étude du traitement du bec-de-lièvre double compliqué, *Th. de Paris 1875.*

PHOCAS, Sur quelques particularités du manuel opératoire du bec-de-lièvre. (*Gaz. des hôpitaux*, 16 août 1892).

PHOCAS, Sur la position de Rose dans l'opération des becs-de-lièvre compliqués (*Bull. Soc. de chirurgie XVIII*, p. 316, 1892).

Piéchaud, Bec-de-lièvre complexe double avec saillie de l'os intermaxillaire. Résection sous-périostée de cet os. (*Bulletin du Congrès français de Chirurgie*, avril 1892.)

Rossi (Jérôme-Jean), Etude sur les relations du syst. dentaire avec la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre bilatéral complexe de la lèvre supérieure. *Th. de Paris 1887.*

Sédillot, Nouveau procédé permettant d'augmenter la hauteur de la lèvre dans les opérations du bec-de-lièvre et de cheiloplastie. *In Compt. rend. Acad. des sc.*, t. XLIII, 1856, etc. *Journal*, t. XXI, 1856, fig. col. *In Bulletin de la Société de chirurgie*, 1856-1857.

Suarez de Mendoza, Etude sur le bec-de-lièvre compliqué. (*Bulletin génér. de thérapeutique*, 30 août 1888).

Thévenin, Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre compliqué. *Th. de Paris* 1866.

Tillaux, *Traité de chirurgie clinique*, t. I, chap. Bec-de-lièvre.

Trendelenbourg, *Statistique d'opérations de bec-de-lièvre*, publiée par Eigenbrodt, Berlin Klin. Wochenschr, 7 février 1887.

SUJET DE LA 1re OBSERVATION



AVANT L'OPÉRATION — APRÈS L'OPÉRATION

SUJET DE LA 2me OBSERVATION



AVANT L'OPÉRATION

APRÈS L'OPÉRATION